

# DETECCIÓN DE DROGAS Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES EN DOS CENTROS PENITENCIARIOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO

**Gloria Estela Castellanos López**

*Subsecretaría de Sistema Penitenciario Ciudad de México  
México*

## **Resumen**

El objetivo fue identificar mediante la realización de ensayos para determinación cualitativa de drogas de abuso, el porcentaje de internos que se mantienen sin consumir drogas mientras participan en dos programas para tratamiento de adicciones bajo la modalidad de Comunidad Terapéutica implementados en los Reclusorios Preventivo Varonil Oriente y Norte. La detección de drogas se realizó a través del Amedica Drug Screen Dip Test para cocaína, marihuana, anfetaminas, benzodiacepinas y barbitúricos con valores de corte 300, 50, 1000, 300 y 300 ng/ml, respectivamente. Los resultados señalan que el 94% de los internos evaluados obtuvieron un resultado negativo, es decir, que no ha consumido alguna de las 5 sustancias psicoactivas evaluadas por la prueba. Un 4% dio positivo para marihuana y 2% para cocaína.

El uso de drogas durante el tratamiento debe ser supervisado constantemente, ya que puede ocurrir. El ensayo para determinación cualitativa de drogas de abuso tiene la ventaja de ser barato, rápido y sensible, ser de fácil obtención, sin embargo, los internos que se encuentran bajo tratamiento reportaron también consumir inhalables, una sustancia que dicho ensayo no evalúa, por lo que sería importante considerar uno que también permita detectar el consumo de dicha sustancia psicoactiva.

**Palabras clave:** drogas, adicciones, tratamiento, evaluación, antidoping

## **Abstract**

*The aim of this work was to identify by performing assays for qualitative determination of drugs of abuse the percentage of non-consumer inmates that had been participated in two programs for addiction treatment that operate under the Therapeutic Community Model (TC) in the Reclusorio Preventivo Varonil Oriente and Norte.*

*Drug screening is performed using an assay for qualitative determination of drugs of abuse Amedica Dip Drug Screen Test for cocaine, marijuana, amphetamines, benzodiazepines and barbiturates with cutoff values: 300, 50, 1000, 300 and 300 ng/ml, respectively. In the results produced by, it was found that 94% of inmates tested it obtained a negative result, it means, that they had not used any of 5 psychoactive substances assessed by the test. A 4% tested positive for marijuana and 2% for cocaine.*

*Drug use during treatment must be monitored continuously, because it can occur during treatment. The assay for qualitative determination of drugs of abuse has the advantage of being inexpensive, rapid and sensitive, be readily available, however, inmates receiving treatment also reported inhalants consumption, a substance that is not evaluated by the test, so it would be important to consider one that also allows to detect the consumption of them.*

**Key words:** drugs, addictions, treatment, evaluation, antidoping

## Introducción

Según la Organización de las Naciones Unidas (2012), en el mundo existen alrededor de 162 millones de usuarios de drogas. La Encuesta Nacional sobre Adicciones, realizada en 2011 muestra que en México alrededor del 1,5% de la población entre los 12 y los 65 años ha usado drogas alguna vez en la vida, la proporción de varones es de 2,6% y 0,4% para mujeres, observándose el mayor índice de consumo entre varones de 18 a 34 años. La preferencia para el consumo sitúa en primer lugar, la marihuana, seguido por la cocaína y sus derivados, los inhalables, las anfetaminas, y por último los alucinógenos; el inicio en promedio de edad a los 18 años, siendo los amigos quienes ocupan la primera fuente de obtención de las drogas ilegales. La Ciudad de México ocupa el tercer lugar a nivel nacional con un prevalencia de 1,7% (Secretaría de Salud, 2012).

La situación del consumo de drogas se agrava cuando ocurre dentro de los centros penitenciarios ya que no solo producen daños a los reclusos, sino que afectan el sistema penitenciario debido a que incrementan la violencia y la corrupción. Como lo menciona Castellanos (2007) ocurren riñas y agresiones físicas debido a que quienes consumen, roban pertenencias para venderlas o empeñarlas y obtener dinero pagar sus deudas o comprar más droga, además, una práctica común entre quienes distribuyen droga lesionen o maten a los internos que deben fuertes cantidades de dinero, como una medida de ejercer presión entre los deudores e intimidarlos para que paguen. Por otro lado, aunque no debería ocurrir, las autoridades y el personal de seguridad permiten la venta, posesión y el consumo de drogas a cambio de dinero.

Estas prácticas favorecen la diseminación de infecciones de transmisión sexual tales como hepatitis B y VIH/SIDA (Díaz, 2003; Bringas y Rodríguez, 2010; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2010a y Rodríguez y Nute, 2013). Es frecuente que los internos adictos definan su adicción en términos de los problemas que les ha generado en diversas áreas de su vida: pérdida de la libertad al involucrarse en la comisión de delitos, disminución de la salud física y emocional, ruptura de la relación de pareja y familiar, pérdida de oportunidades académicas, laborales y económicas, poner en riesgo la integridad física e incluso la vida (Castellanos, 2013).

Algunos autores (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2010b; National Institute on Drug Abuse, 2012 y Medina-Mora, Real, Villatoro y Natera, 2013) coinciden en que la comisión de delitos está íntimamente vinculada al consumo de drogas, ya que alrededor de un 60% de quienes se encuentran en prisión cometieron el delito bajo los efectos del alcohol y/o alguna droga, o la finalidad de delinquir fue conseguir dinero para financiar su adicción.

El consumo de drogas en los centros penitenciarios mexicanos, está presente como una práctica habitual con patrones de consumo que van de moderado a excesivo, favorecida por condiciones ambientales y sociales como lo son la disponibilidad de tiempo libre, fácil acceso a ellas, hacinamiento, sobrepoblación, tolerancia hacia el consumo, etc. (Castellanos, 2008). Las sustancias que se consumen al interior de estos lugares son: marihuana, crack (cocaína en piedra), inhalantes, cocaína en polvo y benzodiazepinas (Castellanos, 2009; Instituto para la Atención y Prevención de Adicciones, 2012).

La persona que de forma habitual tiene cualquier tipo de relación con la droga, puede acabar en prisión, al mismo tiempo que las prisiones son caldo de cultivo para el consumo. No son pocas las personas no consumidoras que se han iniciado en el abuso de sustancias precisamente durante su permanencia en prisión; además, el tráfico de drogas dentro de las prisiones forma parte de la dinámica cotidiana, estableciéndose el binomio consumo-tráfico (Naciones Unidas, 2003). En un estudio realizado por Castellanos (2007), en dos centros penitenciarios del Distrito Federal, el 17% de los entrevistados reportaron haber iniciado el consumo de drogas cuando ingresaron a prisión.

La prisión puede ser una oportunidad para la intervención, por tratarse de una institución que facilita, en un espacio limitado, el uso de recursos básicos, imprescindibles y multidisciplinarios de cara a la reinserción, ya que en muchos casos, la detención interrumpe una espiral de consumos y delitos. Si bien hace falta evaluar muchos de los programas e intervenciones realizados en prisiones los expertos y técnicos que trabajan en estos consideran que en algunos aspectos sus resultados son

notables, sobre todo si se realiza la comparación con el punto de partida de los propios usuarios (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2010b).

Las pruebas de detección de sustancias psicotrópicas y sus metabolitos son herramientas para el diagnóstico, que pueden ser de ayuda en la intervención y seguimiento de la dependencia química o el abuso de drogas. La mayoría de estas pruebas se hacen procesando la orina de la persona a examinar. Durante el proceso de tratamiento de la dependencia química o el abuso de sustancias, estas pruebas se pueden utilizar como instrumento de evaluación y seguimiento (Luengo, Romero y Gómez, 2001).

Cuando una persona consume una droga, esta permanece en la sangre y se va liberando a través de la descomposición dentro del cuerpo y por la eliminación a través de los mecanismos de excreción corporal, así, la orina recoge no solo la sustancia originalmente usada, sino además sus metabolitos o productos de desecho. Las pruebas de detección se basan en la interacción de algunos compuestos químicos comerciales llamados reactivos, que al unirse con las sustancias a detectar o a sus metabolitos en la orina, producen una reacción medible por el examinador. La técnica utilizada, generalmente inmunocromatografía sobre papel permite detectar la presencia de un gran grupo de materias activas (Manno, 1986).

Un resultado positivo significa que en el momento del examen existía en la orina la sustancia o algunos de sus metabolitos. El significado clínico de este resultado indica que la persona ha consumido la sustancia en algún momento durante el tiempo de cobertura de la prueba. Cada sustancia tiene un tiempo de cobertura distinto: cocaína (4 a 7 días), anfetaminas y éxtasis (48 horas), marihuana (21 a 30 días), benzodiazepinas (3 días), barbitúricos (24 a 48 horas) y metadona (3 días) (McPherson y Pincus, 2006).

Amigó (s/f) señala que la permanencia de droga en la orina va a depender del peso del individuo, la cantidad y frecuencia de la droga administrada, el funcionamiento hepático del individuo, la capacidad de absorción y eliminación de esta. Como parte de algunas políticas públicas de control de drogas se requiere que los programas de prevención o tratamiento brinden resultados que sean medibles para garantizar la efectividad de estos y optimizar el uso de los recursos gubernamentales.

Los programas de tratamiento que se llevan a cabo en el Reclusorio Preventivo Varonil Oriente (RPVO) y el Reclusorio Preventivo Varonil Norte (RPVN) operan bajo la modalidad de Comunidad Terapéutica (CT), que de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, es un contexto y un método de tratamiento que busca la rehabilitación de adictos a través de la modificación en el estilo de vida y del cambio de identidad personal. Se sustenta en la ayuda mutua y en la interacción comunitaria. Puede ser operada por personal de adictos en recuperación, por profesionales o por personal mixto. Para el NIDA (2003), las CT son ambientes residenciales libres de droga que usan un modelo jerárquico con etapas de tratamiento que reflejan niveles cada vez mayores de responsabilidad personal y social. Parte del principio del uso de la comunidad, compuesta por el personal de tratamiento y aquellos en recuperación, como agentes claves del cambio. Los miembros de la comunidad terapéutica interactúan en maneras estructuradas y no estructuradas para influenciar las actitudes, percepciones y comportamientos asociados con el uso de drogas.

En la comunidad terapéutica, la adicción se ve dentro del contexto de las deficiencias sociales y psicológicas del individuo y el tratamiento se concentra en desarrollar la responsabilidad personal y una vida que sea socialmente productiva. Como señala Volkow (2010), el tratamiento es altamente estructurado y a veces puede crear confrontaciones, ya que hay actividades diseñadas para ayudar a los residentes a examinar creencias malsanas, conceptos sobre sí mismos y patrones de comportamientos destructivos, para poder así adoptar nuevas maneras más armoniosas y constructivas de interactuar con los demás. Además agrega que después de la estadía en un programa de tratamiento residencial, es importante que las personas permanezcan comprometidas en programas de tratamiento para pacientes externos o programas de cuidados posteriores, como los grupos de autoayuda, para reducir el riesgo de una recaída una vez que el paciente sale del centro residencial.

El ingreso a los programas para el tratamiento de adicciones es completamente voluntario, el interno elabora un escrito de puño y letra para solicitar su incorporación a tratamiento, que en el primer centro es de 3 meses para la etapa de internamiento y para el segundo es de 5 meses y medio. Los dormitorios donde se les brinda tratamiento son espacios aislados del resto de la población donde permanecen las 24 horas, teniendo solo contacto con otros residentes y el personal tanto clínico como de seguridad y custodia que laboran en dicho espacio y el personal de las asociaciones externas que acuden a impartir alguna actividad como parte del encuadre terapéutico. Los fines de semana conviven durante algunas horas con sus familiares. Una vez concluida esta etapa, en el RPVO permanecen en el mismo dormitorio solo cambian de zona al área de seguimiento donde pueden permanecer hasta obtener su libertad. En el caso del RPVN al concluir la etapa de internamiento los internos son reubicados en el Anexo 8 donde hay una zona asignada para quienes salen del programa. Los elementos contemplados en el tratamiento de adicciones que se brinda en los centros penitenciarios de la Ciudad de México son: terapia grupal (se imparte una o dos sesiones semanales), psicoterapia individual (cuando lo requiere el interno), grupos de ayuda mutua (todos los días se realiza una sesión coordinada por Alcohólicos Anónimos), espiritualidad (una sesión semanal impartida por diferentes instituciones), conferencias (diariamente el personal lleva a cabo una), talleres (hay dos o tres sesiones diarias de diferentes temáticas) y cine debate (una vez por semana). También se realizan talleres/pláticas con sus familiares se organizan dependiendo de la disposición de ellos en cualquier momento durante las semanas que se encuentran en la fase de internamiento. Una vez que concluyen su período de internamiento los internos continúan acudiendo a la actividades que se realizan tanto dentro del espacio de tratamiento como la terapia grupal de post-tratamiento, talleres, meditación, espiritualidad y además se incorporan paulatinamente a las actividades ofrecidas por la institución (cursos de superación personal, actividades educativas y deportivas, grupos de autoayuda, talleres, capacitación para el trabajo, etc.) convirtiéndose en fundamental el seguimiento por el tiempo que aún les falta para cumplir su sentencia.

Actualmente el sistema penitenciario del Distrito Federal cuenta con 12 espacios de atención y tratamiento en adicciones en 10 centros penitenciarios de los 11 que lo conforman. Sin embargo, no se cuenta con herramientas para evaluar la eficacia que estos han tenido sobre la población que han impactado, por lo cual, surge en la necesidad de encontrar una forma práctica y sencilla de cuantificar el nivel de abstinencia entre los internos que se encuentran bajo tratamiento o en seguimiento. Así, el objetivo del presente trabajo fue identificar mediante la realización de ensayos para determinación cualitativa de drogas de abuso el porcentaje de internos que se mantienen sin consumir drogas mientras participan en dos programas para tratamiento de adicciones bajo la modalidad de Comunidad Terapéutica implementados en los Reclusorios Preventivos Varonil Oriente y Norte.

### **Método**

La presente investigación es un estudio de campo, descriptivo ya que “busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice, describiendo la tendencia de un grupo o población.” (Hernández, Fernández, y Baptista, 2006:103). Es transversal porque busca “recolectar datos en un solo momento y en un tiempo único” (Hernández, Fernández, y Baptista, 2006:208). Se define como no experimental dado que la intención “es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para después analizarlos” (Hernández, Fernández y Baptista, 2006:205), además se trata de una “... investigación sistemática en la que el investigador no tiene control sobre las variables independientes porque ya ocurrieron los hechos o porque son intrínsecamente manipulables” (Kerlinger, 1983:76).

### *Participantes*

Se trata de una muestra probabilística debido a que todos los internos que se encontraban internados en los programas para tratamiento de adicciones instaladas al interior del RPVO y del RPVN tuvieron la misma posibilidad de ser escogidos (Hernández, Fernández y Baptista, 2006), el tamaño de la muestra fue de 100 internos, debido a que era el número de reactivos con los que se contaba, 50 de cada centro y el procedimiento de selección fue mediante “tómbola”, donde en una caja se colocaron el número de folio de cada uno de los participantes que se encontraban en internamiento y en

seguimiento para seleccionar 50 de cada centro. Al ingresar a los programas los internos firman una carta donde autorizan la aplicación de pruebas antidoping en cualquier momento mientras permanezcan bajo tratamiento.

### *Escenario*

La aplicación de los ensayos para determinación cualitativa de drogas de abuso se llevó a cabo en los programas para el tratamiento de adicciones ubicados en el Dormitorio 2 al interior del RPVO donde se atiende a 270 internos (62 en internamiento y 208 en seguimiento) y el Dormitorio 10 en el RPVN que brinda atención a 238 internos (107 en internamiento y 131 en seguimiento).

### Estrategias para la recolección de la información

- Formato de datos generales: edad, estado civil, nivel educativo, delito, sentencia, tiempo en prisión, número de ingresos anteriores, edad de inicio de consumo de drogas, sustancia con la que se iniciaron, número de tratamientos anteriores, tiempo en el programa, droga de preferencia, si se encontraba intoxicado al momento de cometer el delito, drogas utilizadas y antecedentes familiares de consumo.
- Ensayos para determinación cualitativa de drogas de abuso: se define como la búsqueda de posibles agentes etiológicos causantes de un cuadro clínico por intoxicación de manera cualitativa mediante la orina, principalmente anfetaminas, antidepresivos tricíclicos, barbitúricos, benzodiacepinas, cannabinoides, cocaína y opiáceos (Solari y Ríos, 2009). La detección de drogas en estas muestras se realizó a través de un ensayo para determinación cualitativa de drogas de abuso Amedica Drug Screen Dip Test para cocaína, marihuana, anfetaminas, benzodiacepinas y barbitúricos con valores de corte 300, 50, 1000, 300 y 300 ng/ml respectivamente.

### **Resultados**

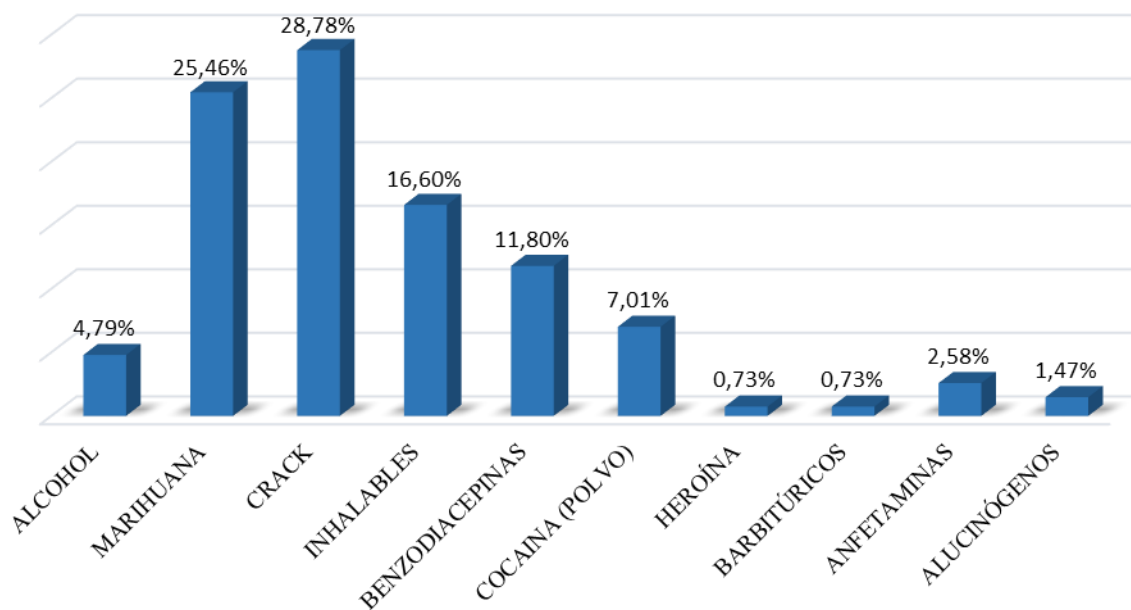
Se aplicaron 100 ensayos para determinación cualitativa de drogas de abuso a igual número de internos que participan en los programas para tratamiento de adicciones en dos centros penitenciarios del Distrito Federal, 50 reclusos en el RPVO y 50 en el RPVN.

Debido a que no se trata de una muestra representativa, para contextualizar los resultados se iniciará este apartado con la descripción de sus características sociodemográficas y datos relacionados con el consumo. En lo que se refiere a la edad se distribuyen en 25 años o menos (15%), de 26 a 35 (46%), de 36 a 45 (33%) y 46 o más (6%). En cuanto a su estado civil, 60% son solteros, 13% son casados y 27% viven en unión libre. Un 7% concluyó la primaria, 48% la secundaria, 36% el bachillerato, el 3% licenciatura y el 6% restante solo sabe leer y escribir. Por lo que se refiere a su situación jurídica el 82% es reincidente (ha estado 2 o más veces en prisión) y solo el 18% es primodelincuente (es su primer ingreso a la cárcel) aunque no fuera la primera vez que delinque. El delito por el cual se encuentran reclusos es el robo (91%), extorsión (1%), posesión de tarjeta bancaria (1%), homicidio (3%), secuestro (3%) y delitos contra la salud (1%). El 60% tiene una sentencia de 3 a 6 años, un 20% pasará de 6 a 9 años en prisión, el 14% su sentencia es de hasta 3 años y el 6% está sentenciado a pasar en prisión de 10 a 30 años. Por otro lado, el 60% ha pasado de 3 a 6 años en reclusión, el 36% ha estado menos de 3 años y el 4% ha cumplido 7 años o más de su sentencia. Un 18% menciona que es la primera vez que está en la cárcel, siendo para el 54% su segundo o tercer ingreso a prisión, el 28% restante ha estado cuatro o más veces recluso (Ver tabla 1).

Los internos entrevistados llevan un promedio de 19 años consumiendo, el 62% proviene de un núcleo familiar primario donde los padres o hermanos consumen alcohol o drogas. Un 85% es policonsumidor, es decir, ha consumido diferentes sustancias al mismo tiempo, las drogas que han utilizado son: alcohol (6%), marihuana (38%), cocaína y sus derivados (28%), inhalantes (24%), benzodiacepinas (4%) (ver gráfica 1); con una media de 14 años como edad de inicio en el consumo.

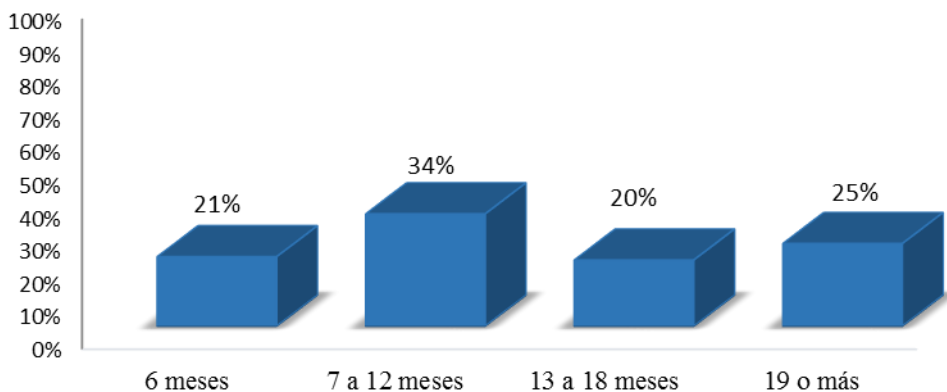
Edad	33,6 años
Escolaridad	6% Sabe leer y escribir 7% Primaria 48% Secundaria 36% Bachillerato 3% Licenciatura
Estado civil	60% Soltero 13% Casado 27% Unión libre
Delito cometido	91% Robo 3% Homicidio 3% Secuestro 1% Posesión de tarjeta bancaria 1% Delitos contra la salud
Sentencia	14% 3 años o menos 60% de 3 a 5 años 20% de 6 a 9 años 6% 10 años o más
Tiempo en prisión	36% 3 años o menos 60% de 3 a 6 años 4% 7 años o más
Número de ingresos a prisión	18% primera vez 54% dos o tres ingresos 28% cuatro veces o más recluso

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes.



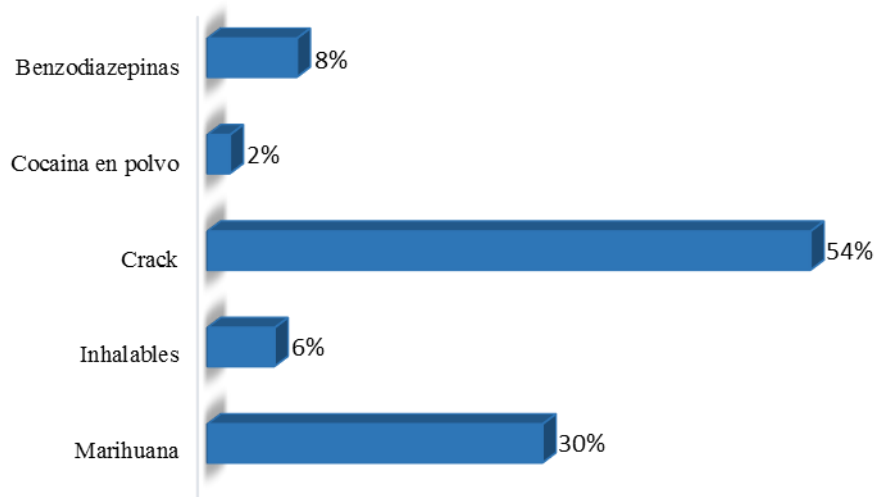
Gráfica 1. Drogas utilizadas por los internos entrevistados.

El 45% refiere haber estado en tratamientos previos, tales como anexos o grupos de alcohólicos anónimos; 55% señala que es la primera vez que se encuentra en un tratamiento para dejar la adicción. En cuanto al tiempo que tienen participando en el programa 21% tiene 6 meses, 34% tiene 12 meses, 20% tiene 18 meses y 25% ha pasado 2 años o más en el programa (ver gráfica 2).



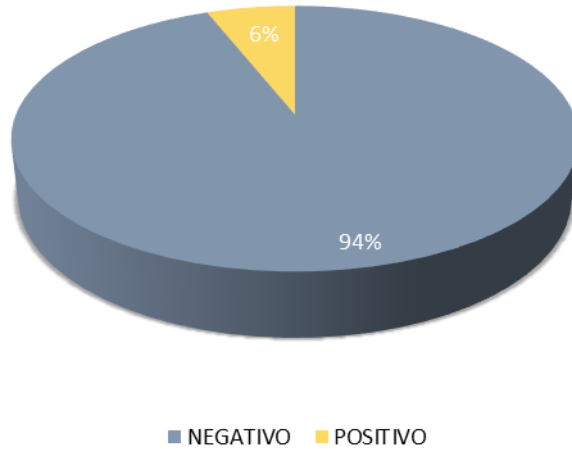
Gráfica 2. Tiempo que tienen los internos entrevistados participando en el programa para tratamiento de adicciones

El 76% señala haber cometido el delito encontrándose en estado de intoxicación. Para el 54% su droga de preferencia es el crack, 30% prefiere la marihuana, 6 % solvente, 8% benzodiazepinas y 2% cocaína en polvo (ver gráfica 3).



Gráfica 3. Distribución de la droga de preferencia que consumen

En los resultados arrojados por los se encontró que el 94% de los internos evaluados obtuvieron un resultado negativo, es decir, que no ha consumido alguna de las 5 sustancias psicoactivas evaluadas por la prueba. Un 4% dio positivo para marihuana y 2% para cocaína (ver gráfica 4).



Gráfica 4. Resultados obtenidos mediante ensayos para determinación cualitativa de drogas de abuso

### Discusión

Como señalan Luengo, Romero y Gómez (2001), la cárcel resulta un lugar particularmente complejo para vivir o sobrevivir. Los internos suelen referir una situación emocional cambiante, con una percepción de frustración mantenida, desánimo, desinterés y una actitud pasiva de espera. Sin embargo, a pesar de las adversidades cotidianas experimentadas, en la prisión también se pueden aprovechar algunas características como aliados terapéuticos: la contención externa del propio centro, el aislamiento de su medio habitual y de su entorno personal, la organización en torno a una rutina diaria y adquisición de normas, aislamiento y alejamiento de su entorno personal y hábitos patológicos, el respeto hacia los límites, la recuperación y estabilización de hábitos sanos, el compromiso con responsabilidades, el apoyo de profesionales e institucional, la asunción progresiva de autonomía.

De acuerdo con Markez, Repeto, Isidoro, Abad y Barrenetxea (2012) existe evidencia de que no pocas personas logran la abstinencia y abandono definitivo de las sustancias, desaparece la conducta adictiva, remiten algunas alteraciones cerebrales y normalizan vínculos sociales y sus actividades diarias. Algunas personas lo alcanzan con sus propios recursos, otras requieren tratamiento especializado, todo depende de algunos criterios como: nivel de dependencia, condiciones medioambientales y sociales, así como la presencia o ausencia de trastornos psicopatológicos.

Considerando que la cárcel se torna un escenario complejo debido a las condiciones de vida en las que se encuentran los internos, caracterizadas por: hacinamiento, sobrepoblación, déficit para atención de la salud, corrupción, falta de oportunidades educativas y laborales, violencia, etc.; es difícil concebir que pueda construirse como un espacio donde se puede brindar tratamiento para dejar de consumir drogas. Sin embargo, el 94% de los internos que fueron evaluados dieron un resultado negativo durante el ensayo para determinación cualitativa de drogas de abuso lo cual revela que los programas para el tratamiento de adicciones que se implementan en el R.P.V.O. y en el R.P.V.N. tienen un impacto favorable que les permite a quienes participan en ellos alcanzar la abstinencia ya sea durante el tiempo que se encuentran en internamiento o mientras siguen participando en fase de seguimiento.

Con el 6% que dio positivo para marihuana o cocaína, el protocolo de ambos programas señala que el interno junto con el equipo terapéutico deberá analizar la situación particular para identificar qué fue lo que motivó el consumo, la frecuencia e intensidad de este y diseñar un plan de acción a seguir para apoyarlo a alcanzar la abstinencia nuevamente.



Como lo señalan McLellan, Lewis, O'Brien y Kleber (2000), el uso de drogas durante el tratamiento debe ser supervisado constantemente, ya que pueden ocurrir recaídas durante el tratamiento, que van del 40 al 60%. El hecho de saber que el uso de drogas se vigila puede ser un gran incentivo para los pacientes y puede ayudarlos a resistir el impulso de consumir drogas. El monitoreo también sirve como indicador temprano de una recaída en el uso de drogas, lo que puede indicar que es necesario reajustar el plan de tratamiento del paciente para que se adapte mejor a sus necesidades. De acuerdo a Volkow (2010), la adicción puede ser manejada con éxito debido a que el tratamiento permite contrarrestar los efectos sumamente disruptivos que tiene la adicción sobre el cerebro y el comportamiento para que el paciente recupere el control de su vida. En este proceso la recaída o los consumos puntuales no solo son posibles sino también probables. Por lo tanto, el tratamiento exitoso de la adicción suele requerir una evaluación continua. El tratamiento de los delincuentes adictos a las drogas, reduce el riesgo de reincidencia en el comportamiento delictivo relacionado con las drogas, así como de recaída del uso de estas (Gottredson, Najaka, Kearly y Rocha, 2006; Draque, Aos y Miller, 2009; Calvo, Pérez, Sacristán y Aparicio, 2009; Pantoja, 2010 y Sánchez y Llorente, 2012).

La duración apropiada del tratamiento depende del tipo y la severidad de los problemas y las necesidades de cada persona. Las investigaciones (Luengo, Romero y Gómez, 2001; Bringas y Rodríguez, 2010; Volkow, 2010; Markez, Repeto, Isidoro, Abad y Barrenetxea, 2012; NIDA, 2012) indican que la mayoría de los pacientes requieren por lo menos tres meses de tratamiento para reducir de forma significativa o detener el consumo de drogas, pero que los mejores resultados se logran con períodos más largos de tratamiento. La recuperación de la adicción es un proceso a largo plazo y en ocasiones requiere varios ciclos de tratamiento. Nuestra muestra reporta que casi una cuarta parte ha estado 1 o 2 veces en tratamiento y otra cuarta parte ha estado 3 o más veces bajo este, mientras que para un porcentaje equivalente a más de la mitad es la primera vez que están participando en tratamiento.

El tratamiento para la adicción tiene como finalidad ayudar al adicto a dejar la búsqueda y el consumo compulsivos de la droga. El tratamiento puede darse en una variedad de entornos, de muchas formas distintas y por diferentes períodos de tiempo. Además de detener el abuso de drogas, la meta del tratamiento es que el paciente vuelva a funcionar productivamente en la familia, el trabajo y la sociedad. En este sentido, sería importante que los centros penitenciarios pudieran generar oportunidades que les permitan a los internos experimentar vivencias positivas y gratificantes una vez que han dejado de consumir.

De acuerdo con estudios de seguimiento de pacientes que han estado en tratamiento durante períodos prolongados, la mayoría de los que entran y permanecen en tratamiento dejan de usar drogas, reducen su actividad delictiva y mejoran su desempeño ocupacional, social y psicológico (Volkow, 2010).

El ensayo para determinación cualitativa de drogas de abuso tiene la ventaja de ser barato, rápido y sensible, ser de fácil obtención, identificar mayor cantidad y concentración mayor de metabolitos tanto de la droga madre como específicos; sin embargo, no puede indicar la cantidad de droga consumida y tampoco indica cuándo consumió. De acuerdo con Díaz (2003), solo proporciona información a corto plazo (6 horas-3 días) con respecto al último consumo.

Una limitación observada en el presente estudio es que el ensayo para determinación cualitativa de drogas de abuso Amedica Drug Screen Dip Test detecta: cocaína, marihuana, anfetaminas, benzodiazepinas y barbitúricos. Sin embargo, los internos que se encuentran bajo tratamiento reportaron también consumir inhalables, por lo que sería importante considerar un ensayo que también permita detectar el consumo de dicha sustancia psicoactiva. Otra limitación fue que no se aplicaron pruebas confirmatorias para aquellos que arrojaron un resultado positivo. Una recomendación sería realizar seguimientos periódicos una vez que concluyen el tratamiento dentro de los siguientes 12, 18 y 24 meses para verificar que se mantengan en abstinencia. Otra recomendación es incluir indicadores correspondientes a estas áreas que permitan evaluar antes y después del tratamiento los cambios experimentados no solo por los usuarios, sino también conocer la percepción de la familia con respecto a los cambios reportados por los internos, con la intención de

tener mayores elementos para calificar el impacto favorable de los programas de tratamiento que se están llevando a cabo en los centros penitenciarios del Distrito Federal.

## Bibliografía

- Amigó, N. (s/f). *Análisis de drogas en fluidos biológicos*. Recuperado 10 de diciembre de 2013 de [www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/patologiaclinica/4.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/patologiaclinica/4.pdf).
- Bringas, C. y Rodríguez, F. (2010). Consumo de drogas en población reclusa. Relación diferencial entre abuso de sustancias psicoactivas y reincidencia. *Salud y drogas*, 10 (2), 67-90.
- Calvo, P.; Pérez, A.; Sacristán, P. & Aparicio, C. (2009). Terapia grupal en prevención de recaídas del alcoholismo frente a seguimiento ambulatorio habitual. *Adicciones*, 21 (1), 15-20.
- Castellanos, G.E. (2007). La representación social de las drogas en un grupo de varones en reclusión en dos centros penitenciarios mexicanos. *Anales en psicología*, 23 (1), 85-91.
- \_\_\_\_\_. (2008). Consumo de drogas y VIH/SIDA en el contexto penitenciario de la Ciudad de México, *Revista Psicología para América Latina*, recuperado el 21 de octubre de 2013 de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2008000300013&lng=es&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2008000300013&lng=es&nrm=iso).
- \_\_\_\_\_. (2009). Vivir con VIH/SIDA en prisión, el caso de la Ciudad de México, *Psicología y Salud*, 19 (1), 93-101.
- \_\_\_\_\_. (2013). Del vicio a la enfermedad: representaciones sociales de la adicción en la cárcel, *Alternativas en Psicología*, 29, recuperado el 10 de diciembre de 2013 de <http://alternativas.me/index.php/num29/42-2-del-vicio-a-la-enfermedad-representaciones-sociales-de-la-adiccion-en-la-carcel>.
- Díaz, M. (2003). Detección de cocaína en pelo y orina de reclusos bajo régimen abierto a través de las metodologías disponibles en el laboratorio de toxicología, escuela de bioanálisis, UCV. *Revista de toxicología en línea*, 24-38.
- Draque, E.; Aos, S. & Miller, M. (2009). Evidence-based public crime and criminal justice costs: implications in Washington state. *Journal of Victims and Offenders*, 4, 170-196.
- Gottredson, D.; Najaka, S. Kearly, B. y Rocha, C. (2006). Long-term effects of participation on the Baltimore City drug treatment court: results from an experimental study. *Journal of Experimental Criminology*, 2, 67-98.
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGrawhill.
- Instituto para la Atención y Prevención de Adicciones. (2012). "Reporte de consumo de sustancias en los centros penitenciarios de la Ciudad de México". Manuscrito no publicado. México: Autor.
- Kerlinger, F. (1983). *Investigación del Comportamiento. Técnicas y Metodología* (2a ed). México: Interamericana.
- Luengo, M., Romero, E. y Gómez, J. (2001). *Análisis de la eficacia y prevención de recaídas en el consumo de drogas*. Chile: Compostela, S.A.
- Manno, J.E. (1986). Interpretation of Urinalysis Results, En Hawks, R. y Chiang, C. (Eds.). *Urine testing for drugs of abuse*. Maryland: National Institute of Drugs Abuse, 54-61.
- Markez, I.; Repeto, J.; Isidoro, J.; Abad, A. y Barrenetxea, O. (2012). Terapias frente a las adicciones en el medio penitenciario. En Markez, I. y Iñigo, C. (eds.) *Atención y tratamientos en prisión por el uso de droga*. España: OME, 216-227.
- McLellan, A.; Lewis, D.; O'Brien, C. y Kleber, H. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance and outcomes evaluation. *Journal of American Medical Association*, 284, 1689-1695.

- McPherson, R.A. y Pincus, M.R. (2006). Toxicology and therapeutic drug monitoring. En McPherson, R.A. y Pincus, M.R. (eds.) *Henry's Clinical Diagnosis and Management by Laboratory Methods*. (pp. 329-364). Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Medina-Mora, M.E.; Real, T.; Villatoro, J. y Natera, G. (2013). Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos? *Salud Pública de México*, 55 (1), 67-73.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2010a). El medio penitenciario y las drogodependencias. En *Intervención sobre drogas en centros penitenciarios*. (pp. 23-33). Madrid: Artegraf, S.A.
- \_\_\_\_\_. (2010b). Intervenir en el medio penitenciario: los programas. En *Intervención sobre drogas en centros penitenciarios*. (pp. 53-75). Madrid: Artegraf, S.A.
- Naciones Unidas (2003). *Por qué invertir en el tratamiento del abuso de drogas: documento de debate para la formulación de políticas*. Nueva York: Autor
- National Institute of Drug Abuse (2012). *Principles of drug abuse treatment for criminal justice populations*. Maryland: National Institutes of Health.
- Pantoja, R. (2010). La evidencia empírica de reducción de la reincidencia delictiva, como herramienta para la seguridad pública y la integración social. *Debates penitenciarios*, 13, 3-18.
- Organización de las Naciones Unidas. (2012). *Informe mundial sobre las drogas*. Nueva York: Autor.
- Rodríguez, S. y Nute, L. (2013). Reinserción social de usuarios de drogas en rehabilitación: una revisión bibliográfica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16 (1), 172-196.
- Sánchez, E, y Llorente, J. (2012). Recaídas en la adicción a cocaína: una revisión. *Adicciones*, 24 (3), 269-280.
- Secretaría de salud. (2009). *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009*. México: Secretaría de salud – CONADIC.
- \_\_\_\_\_. (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: reporte de drogas*. México: Secretaría de salud-CENADIC-CONADIC.
- Solari, S. y Ríos, J.C. (2009). ¿Cuál es la utilidad clínica de un estudio toxicológico? *Revista Médica Chilena*, 137, 1395-1399.
- Volkow, N. (2010). *Principios de tratamientos para la drogadicción. Una guía basada en las investigaciones*. Maryland, CA: Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas.